

記入例

国民健康保険 限度額適用認定証 標準負担額減額認定証 交付申請書・入院日数届書
 限度額適用・標準負担額減額認定証

(宛先)前橋市長

枝番の記入は不要

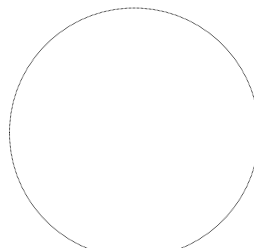
令和 ●年 ●月 ●日

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|------|-------------------|---------------|---------------------------|-----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者 記号・番号 | | ま 1 2 3 - 4 5 6 7 | 電話番号 (世帯主) | 0 9 0 (1 2 3 4) 5 6 7 8 | | | | | | | | | | | |
| 世帯主 | 住所 | 前橋市〇〇町一丁目2番3号 | | | 日中に連絡がとれる電話番号を 記入してください。 | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 前橋 太郎 | | | | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | T H | ●年 ●月 ●日 | 個人番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 |
| 対象者 | 氏名 | 前橋 一郎 | | | マイナンバー | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | S R | ●年 ●月 ●日 | 個人番号 | 2 | 1 | 0 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 |

| | | | | | |
|------|---------------------------|---|--|---------------|--|
| 長期入院 | 申請日の前1年間に通算して90日を超える入院の有無 | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | |
| | ① | 入院期間(日数) | 令和 ●年 ●月 ●日 ~ 令和 ●年 ●月 ●日 | | |
| | ① | 保険医療機関等 | 名称 | 〇〇病院 | |
| | | | 所在地 | 前橋市〇〇町三丁目2番1号 | |
| ② | 入院期間(日数) | 年 月 日 ~ 年 月 日 | 日間 | | |
| ② | 保険医療機関等 | 申請日の前1年間に通算して90日を超える入院の有無を☑し、有れば、入院期間(日数)と保険医療機関等を記入してください。 | | | |

| | | | | |
|-----|--|----|---------|-----|
| 来庁者 | <input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 世帯員(世帯主との続柄: 氏名:) | | | |
| | ※「その他」の場合、下記に記入してください。 | | | |
| | <input type="checkbox"/> その他 | 住所 | 世帯主との続柄 | |
| | | 氏名 | 電話番号 | () |

【市記入欄】

| | | | | |
|-------------------|-------------------------------------|-------------------|--|--------|
| 適用区分等 | ア・イ・ウ・エ・オ・食事のみ・不明 | 長期入院 | 該当・非該当 | |
| | 現Ⅱ・現Ⅰ・区分Ⅱ・区分Ⅰ | 長期入院該当年月日 | R | 年 月 1日 |
| 国保税納付状況 ※70歳未満 | <input type="checkbox"/> 完納 | 支払方法 窓口・郵送・不認定 | 被保険者証 | 持参・未持参 |
| | <input type="checkbox"/> 滞納有(特別事情有) | | | |
| 確認 | 来庁者 | 個カ・免・在カ・その他 () | 受付印  | |
| | 世帯主 | 個カ・通カ・住民票・その他 () | | |
| | 対象者 | 個カ・通カ・住民票・その他 () | | |
| | 代理権 | 個カ・免・保・その他 () | | |

受付者: _____